

Hersenbeschadiging en drugseffecten?

Els Noorlander*

Inleiding

Jan Willem is 23 jaar als hij wordt opgenomen op de dubbele-diagnoseafdeling De Loodds van Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugaal. Hij is bekend met schizofrenie. Hij is ingesteld op Haldol, maar er zijn veel bijwerkingen: hij is passief en reageert traag, terwijl er tegelijkertijd sprake is van bewegingsdrang. Hij gebruikt ook cannabis en cocaïne. De ambulante verwijzer wil hem graag instellen op een atypisch antipsychoticum maar wil dit liever klinisch doen, zodat het drugsgebruik tijdens de omschakeling niet verder kan escaleren en het beeld verder kan vertroebelen.

Diagnose en behandeling

Jan Willem is een vriendelijke jongen die bij opname geen psychotische verschijnselen vertoont. Hij maakt een wat vlakke indruk, is geremd, en de bewegingsdrang is duidelijk zichtbaar. Hij werkt bij opname overal aan mee, met name accepteert hij zonder probleem de noodzaak van medicatie.

De voorgeschiedenis vermeldt dat hij tot voor enkele jaren geleden altijd goed gefunctioneerd heeft. Hij komt uit een stabiel nest, heeft een jongere broer en betrokken ouders. Hij is opgeleid als bouwvakker en werkte met plezier in de bouw, tot hij vier jaar terug een ongeval kreeg waarbij hij enkele botten brak. Daarna ging het slechter, er ontstonden paranoïde verschijnselen tijdens de revalidatie, die in eerste instantie gezien werden als een reactie op de stress van het ongeval. De symptomen namen echter in ernst toe: er was sprake van angst en achterdocht. Dit leidde zelfs tot een opname met een inbewaringstel-

* E.A. Noorlander is psychiater bij de afdeling De LooDDs van het Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugaal. E-mail: els.noorlander@deltapsy.nl.
Met dank aan Joost Mertens (psychiater en lid Expertgroep Niet-aangeboren hersenletsel van de Hersenstichting Nederland) voor informatie en advies.

ling. De symptomen verminderden maar langzaam en uiteindelijk werd de diagnose schizofrenie gesteld. Jan Willem en zijn ouders werden van de diagnose op de hoogte gesteld en hij liet zich instellen op Haldol. Zijn ouders namen deel aan de bijeenkomsten die voor ouders van patiënten met schizofrenie werden georganiseerd.

Er was altijd al sprake geweest van incidenteel cocaïnegebruik in weekends; dat leidde jarenlang niet tot problemen. Tijdens de revalidatie ging dit gebruik door, maar het nam nooit extreme vormen aan. Hij gebruikte niet meer dan hij zich kon veroorloven en als hij geen geld had gebruikte hij niet. De diagnose cocaïnemisbruik of verslaving werd dan ook nooit gesteld.

Tijdens de opname wordt de Haldol afgebouwd, ter voorbereiding op het instellen op nieuwe medicatie. Jan Willem wordt helderder, levendiger en voelt zich prettiger. Er treden geen duidelijke psychotische symptomen op. Zijn ouders, meer dan gelukkig met een beter functioneren van Jan Willem, vertellen dat ze alle bijeenkomsten voor ouders hebben gevolgd, maar nooit echt hun zoon herkend hebben in wat daar verteld werd. Ze vragen zich af of de diagnose wel klopt. Dat vraagt de afdelingsarts zich intussen ook af. De afdelingsarts duikt in het dossier. De psychotische verschijnselen in het verleden logen er niet om en rechtvaardigden zeker de diagnose.

Maar hoe zat het nou met cocaïne? Jan Willem heeft jaren gebruikt voorafgaand aan zijn ongeval, daarna in dezelfde hoeveelheden, dus dat kan toch nu niet een bepalende factor zijn? De afdelingsarts besluit nog eens goed naar dat ongeval te kijken. Hij ontdekt dat Jan Willem van een enkele meters hoge stelling is geslagen en dat zijn helm zes meter verder werd gevonden. Toch hersenletsel?

Er volgt neuropsychologisch onderzoek, waarbij geen functiestoornissen worden gevonden. Maar hoe zit het met de reactie op cocaïne?

Iedere arts weet dat je bij mensen met een beschadigd brein voorzichtig moet zijn met psychofarmaca; die werken namelijk veel heftiger. Zou dat ook kunnen gelden voor de reactie op drugs?

Vol vertrouwen wendt de afdelingsarts zich tot de literatuur. Er moet genoeg te vinden zijn over de reactie van een beschadigd brein op psychofarmaca en misschien wel over de effecten van drugs. Tot zijn verbazing kan hij er niets over vinden: niets wat betreft drugs en zelfs niets wat betreft psychofarmaca. Hij consulteert de collega's ouderengeneeskunde; ook die weten natuurlijk dat ze laag moeten doseren en voorzichtig moeten zijn, maar literatuur blijken ze niet paraat te hebben. Licht de gevoeligheid van oudere patiënten voor psychofarmaca aan subtiele hersenbeschadigingen of aan verminderde eliminatiemogelijkheden van een ouder wordend lichaam? Niemand die er blijkbaar

met zekerheid iets over weet te zeggen. Ook de ziekenhuisapotheker, bij uitstek deskundig als het gaat om doseringen en bijverschijnselen, weet niets te vinden.

De afdelingsarts zoekt verder en consulteert het Expertisecentrum Niet-aangeboren Hersenletsel. Met uiteindelijk hetzelfde resultaat: er zijn richtlijnen in de maak, maar op de vraag of cocaïne heftiger werkt op een beschadigd brein dan op een normaal brein, heeft niemand een antwoord. Ook al weet iedereen uit de dagelijkse praktijk dat dit voor andere psychotrope stoffen wél geldt. Geef medicatie aan iemand met niet-aangeboren hersenletsel en de boodschap is: 'Start low, go slow.' Maar als puntje bij paaltje komt, is zelfs daarvoor geen wetenschappelijke onderbouwing te vinden.

De Richtlijn behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel geeft een aantal op gezond verstand en klinische ervaring gestoelde adviezen: psychofarmaca met sederende en anticholinerge bijwerkingen of met bekende nadelige bijwerkingen op het cognitief of motorisch functioneren moeten, indien mogelijk, liever niet worden voorgeschreven bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. Bij gebrek aan wetenschap formuleert de afdelingsarts zijn eigen hypothese: het gaat om een cliënt die voorafgaand aan zijn ongeval zonder problemen met enige regelmaat cocaïne kon gebruiken, maar die na een ongeval met hersenletsel psychotisch ging reageren op cocaïne en daarmee (onterecht) de diagnose schizofrenie opliep. Uitgaande van deze hypothese werd Jan Willem niet opnieuw ingesteld op een antipsychoticum. Er werd hem wel heel duidelijk verteld dat hij van illegale stoffen moet afblijven - welke stof dan ook - omdat het ernaar uitziet dat zijn brein daar sinds het ongeval heel slecht tegen kan. Drie kwart jaar later is hij weer aan het werk. Psychotische symptomen vertoont hij niet meer.

Tot besluit

Elke verslavingsarts heeft regelmatig te maken met cliënten die overdoseringen meemaken, vechtpartijen overleven, infecties doormaken. Het kan zijn dat na zo'n gebeurtenis hun hersens anders op drugs reageren dan tot dan toe. Het is goed om daar als behandelaar rekening mee te houden.